



問診票



記入日 年 月 日

名前（カタカナ） _____	生年月日 平成・令和 年 月 日
体重 . kg	アレルギー有（ ）・無

現在飲んでいる薬はありますか	はい（薬名 ）・いいえ
周囲に病気の人はいますか	はい（病名 ）・いいえ どこで（保育園・幼稚園・学校・家庭）
薬の希望順に数字を記入してください	シロップ（ ） こな（ ） ざやく（ ） つぶ（ ）
鼻水の吸引を希望しますか	はい ・ いいえ

今日最も気になることは何ですか

ねつ 月 日 時から（最高 . 度）

_____ 月 日 時まで

頭痛い _____ 月 日から

せき _____ 月 日から

のど痛い _____ 月 日から

はなみず _____ 月 日から

しんどい _____ 月 日から

たん _____ 月 日から

おなか痛い _____ 月 日から

ぶつぶつ _____ 月 日から

はき気 _____ 月 日から

_____（どこに）

吐いた _____ 月 日から 回

軟便・げり _____ 月 日から 回

受付番号（受付時に記入します）